24

EXPOSÉ DES TRAVAUX

DU

Dr G. LEPAGE

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

TITRES

Interne des hôpitaux (1883)

Chef de laboratoire à la Clinique Baudelocque (1889).

Répétiteur à la Clinique Baudelocque (1890).

ENSEIGNEMENT

Moniteur des travaux pratiques d'obstétrique à la Faculté de médecine de Paris pendant le second semestre des années scolaires 1885-1886, 1887-1888, 1888-1889.

Cours public d'accouchements à l'Association générale des Étudiants pendant le 4e trimestre de 1888, le 1er et le 4e trimestre de 1889, le 1er et le 4e trimestre de 1890, le 1er trimestre de 1891. Ce cours a été fait en collaboration avec le Dr Potocki pour les années 1888-1889-1890, et avec le Dr Boissard pour l'année scolaire 1890-1891.

Cours théorique d'accouchements en 25 leçons à la Clinique Baudelocque (janvier 1892).

COMMUNICATIONS DIVERSES

En 1884, deux communications à la Société Anatomique sur des faits recueillis dans le service du Dr Aug. Ollivier aux Enfants-Malades: l'une sur un arrêt de développement de l'un des deux reins ; l'autre se rapportant à plusieurs faits d'ulcération de la muqueuse de l'œsophage chez des enfants atteints de coqueluche.

En 1885, une communication à la Société Anatomiquo sur un cas de mort par étranglement chez un jeune homme ayant une fracture de la colonne vertébrale.

Une observation d'augine herpétique d'un diagnostic difficile, publiée par le Dr Aug. Ollivier au Congrés de Blois (1884).

CHIRURGIE

Deux observations d'hystérectomie vaginale pour épithélioma du col recueillies dans le service du Dr F. Terrier, et publiées dans la thèse du Dr A. Gomet, Paris, 1886, sur l'hystérectomie vaginale en France (p. 60 et 93).

Plusieurs observations d'*ovariotomie* recueillies à l'hôpital Bichat, et publiées par M. Terrier.

De l'expectation dans le traitement des plaies par balles de revolver de petit calibre. (*Gazette hebdomadaire*, 1885.)

Cette note, qui comprend la relation de douze observations recueillies dans le service de M. Terrier, montre les avantages de la non-intervention dans la pluralité des cas de plaies par balles de petit calibre.

SYPHILIS

De la syphilis par conception (d'après une leçon du professeur FOURNIER) (*Union médicale*, janvier 1889.)

Syphilis vaccinale.

Rapport à M. le Directeur de l'Assistance publique sur plusieurs cas de syphilis vaccinale. Dans une même séance, quatorze sujets avaient été vaccinés ou revaccinés avec du vaccin humain pris sur le même enfant âgé de deux mois et demi qui succomba peu de temps après à des accidents probables de syphilis viscérale, sans manifestation extérieure.

Sur les quatorze sujets vaccinés, sept présentèrent au bout de peu de temps des signes manifestes de syphilis dont la porte d'entrée était nettement au niveau des insertions vaccinales. Chez un huitième sujet, la syphilis n'était pas non plus douteuse ; mais le chancre siégeait sur ,l'amygdale et il était logique d'admettre que ce sujet avait été infecté secondairement par l'une des victimes de la syphilis vaccinale.

Ainsi sur les 14 sujets vaccinés, sept victimes directes : chez l'une d'elles, une fille de 21 ans, enceinte de six mois, la sypbilis présentait tous les caractères de ce que le professeur Fournier appelle la syphilis maligne précoce.

Les conclusions de ce rapport établissant d'une manière irréfutable ces cas de syphilis vaccinale et interdisant d'une manière absolue l'usage de la vaccine humaine, ont été approuvées par une commission médicale nommée pour l'étude de ces accidents.

OBSTÉTRIQUE

Basiotripsie.

Dans son mémoire sur le basiotribe Tarnier, M. Pinard, après avoir relaté différentes expériences faites sur le mannequin à l'aide du basiotribe, a rapporté plusieurs observations de basiotripsie pratiquée sur la femme vivante.

La première de ces opérations a été faite à Lariboisière le 19 janvier 1884, en présence du professeur Tarnier ; cette observation I (page 36 dudit mémoire) a été rédigée par nous.

Le Dr Ribemont-Dessaignes a publié en août 1886 (*Annales de gynécologie*), une note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus dans la basiotripsie ; cette manœuvre consiste, lorsque les épaules sont retenues au niveau du rétrécissement du bassin, à exercer des tractions sur l'un des membres supérieurs, au risque de fracturer l'humérus, et d'abaisser ce membre supérieur : l'engagement successif des épaules est possible, alors que l'engagement simultané rencontre des difficultés presque insurmontables.

Les observations 2, 3 et 4 de ce mémoire ont été recueillies par nous à la Maternité de Lariboisière.

Avortement.

Dans une revue sur la thérapeutique de l'avortement (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*), le Dr Auvard rapporte une observation recueillie par nous dans le service de M. Pinard : « Avortement de cinq mois. Rétention du placenta. Expulsion spontanée six jours après l'avortement ».

Cette observation montre que l'expectation antiseptique peut suffire dans la rétention placentaire consécutive à l'accouchement, même lorsqu'il y a fétidité assez grande de l'écoulement lochial, sans élévation de température.

Observation d'œdème de la lèvre antérieure du col dans une présentation du sommet en O I G.P. (In thèse du Dr Baylin sur l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les positions occipito-postérieures pendant le travail.) Th. Paris, 1886, p. 34.

Il s'agit d'une secondipare chez laquelle à la suite d'une rupture prématurée des membranes, l'accouchement eut lieu 3 jours après : la tête fœtale s'engagea en O.I.G.P. et se dégagea en O.S. Malgré le petit volume du fœtus qui pesait 2,100 gr., on observa de l'œdème de la partie antérieure de l'orifice, et je fus obligé de terminer par une application de forceps.

Quatre observations de malformation utérine, recueillies à la maternité de Lariboisière et à la clinique Baudelocque et publiées dans la thèse du Dr J. Picot sur les malformations de l'utérus et du vagin. Paris, 1891.

Les trois premières (p. 55, 56 et 60) sont des cas d'utérus cordiformes dans lesquels les fœtus se présentaient par le siège. L'examen des membranes permit de contrôler le diagnostic.

La quatrième observation (p. 49) est plus intéressante : il s'agit d'un utérus présentant une cloison verticale qui formait au niveau du col deux orifices distincts. Cette cloison qui remontait sur toute la hauteur de l'utérus, présente une solution de continuité assez étendue vers sa partie moyenne. Ces différentes constatations ont été faites par le professeur Pinard, pendant que la femme était soumise à l'anesthésie chloroformique.

Présentations du siège.

Dans les cas de présentation du siége décomplété mode des fesses, non engagé, M. Pinard a fait connaître une méthode qui

consiste à abaisser l'un des pieds, et dans les cas où il est difficile d'atteindre le pied situé très haut dans la cavité utérine, d'agir sur la face postérieure de la cuisse : par des pressions exercées à ce niveau. on fait fléchir la cuisse sur le bassin. A la suite de ce mouvement, la jambe du fœtus se fléchit spontanément et le pied tombe pour ainsi dire sur la main de l'accoucheur qui le peut saisir facilement.

Cette méthode a été bien décrite dans la thèse de notre ami le Dr Mantel (1889) ; les deux observations XIII et XIV de ce travail, qui sont les deux premières où M. Pinard ait employé cette méthode, ont été recueillies par nous.

Il nous a été donné dans plusieurs cas de l'utiliser avec succès : nous en avons rapporté deux observations (in *Concours médical*, 1890).

Dans un cas il s'agissait d'une primipare, ayant un rétrécissement du bassin, chez laquelle le fœtus se présentait par le siège décomplété mode des fesses : plusieurs tentatives infructueuses avaient été faites ; je pus, non sans difficulté, atteindre le creux poplité, faire abaisser le pied, et terminer cette extraction.

Dans l'autre observation, le siège était profondément engagé puisque les bourses du fœtus faisaient déjà hernie à travers l'orifice vulvaire de la mère ; le siège était décomplété ; bien que le fœtus fût à terme et assez volumineux, je pus, à l'aide de la flexion de la cuisse, abaisser le pied antérieur et l'amener au dehors.

De la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique.

Dans une revue sur l'albuminurie et l'éclampsie gravidiques, in *Revue pratique d'obstétrique*, 1890, Varnier a rapporté une observation recueillie par nous, dans laquelle M. Pinard a provoqué l'accouchement pour des accidents graves (cécité, etc.), au cours d'une albuminurie gravidique.

J'ai publié, en 1891 (in *Conc. médical*), une observation personnelle dans laquelle j'ai provoqué l'accouchement chez une secondipare qui était atteinte d'éclampsie malgré le régime lacté exclusif.

Rupture prématurée des membranes.

L'observation I (p. 80) du mémoire de M. Pinard sur « la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain (*Annales de gynécologie*, 1886) a été rédigée par moi ; elle peut être ainsi résumée :

« Insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagie au début du travail ; irrigations chaudes à 48° ; présentation du siège en S. I. P. P. ; rupture artificielle des membranes ; arrêt de l'hémorrhagie ; enfant mort ; bec-de-lièvre double, hernie diaphragmatique. »

Plusieurs observations (obs. 10, 18, 24, 25) de *placentas multiples dans les grossesses* multiples, recueillies par nous, ont été publiées dans le mémoire de M. Ribemont sur ce sujet (*Annales de gynécologie*, 1887).

Chorée gravidique. Traitement par le chloral à hautes doses
(in Th. du Dr Riche. Paris, 1891.)

C'est une des premières observations dans lesquelles, en 1886, M. Pinard ait employé le chloral à hautes doses (8 à 10 gr. par 24 heures) comme traitement de la chorée gravidique. La femme, malgré une chorée des plus intenses ayant débuté dès le 5e mois de la grossesse, accoucha à terme. La chorée avait cessé quinze jours avant l'accouchement, le traitement par le chloral fut suspendu à ce moment. L'enfant naquit vivant, mais succomba dans les 48 heures qui suivirent l'accouchement.

Déchirure centrale du périnée (in thèse de Joffrion, 1887.)

Dans cette observation, la déchirure était restée centrale et s'était cicatrisée en formant seulement une petite cicatrice étoilée.

Placenta albuminurique.

Plusieurs descriptions de placentas albuminuriques publiées dans la thèse du D[r] Rouhaud (Des lésions du placenta dans l'albuminurie) ont été rédigées par moi.

Réduction manuelle des présentations de la face.

M. Pinard emploie pour cette réduction le manuel opératoire préconisé jadis par Baudelocque et M[me] Lachapelle et depuis longtemps délaissé. Il introduit deux doigts ou la main dans le vagin et les applique sur la fontanelle antérieure généralement accessible ; l'autre main restée libre va, au travers des parois abdominales, à la recherche de l'occiput et exerce sur cette région des pressions simultanées. Tandis que les doigts introduits dans le vagin pressent de bas en haut sur le frontal, les doigts appliqués sur l'occiput le poussent de haut en bas. J'ai rédigé l'une des premières observations où M. Pinard a employé cette méthode (Traité du palper abdominal, 2[e] édition, Paris, 1889, p. 332).

Hystérie et grossesse.

Dans sa thèse (1886) le D[r] A. Léonard a rapporté deux observations recueillies par moi : dans l'une (p. 50), les phénomènes hystériques se montrèrent au cours de la grossesse ; dans l'autre les accidents persistèrent après l'accouchement.

Depuis 1884, collaboration au *Concours médical* dans lequel j'ai publié un certain nombre de revues ayant surtout trait à la pratique obstétricale et parmi lesquelles je citerai :

Année 1885. — **Le basiotribe Tarnier.**

Année 1886. — **Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.**

Conduite à tenir dans la rétention du placenta après l'avortement.

Des rapports du diabète avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse.

Irrigation continue comme traitement des infections puerpérales.

Traitement des gerçures du sein

Dilatation préfœtale de la vulve.

Année 1887. — **Syphilis et allaitement.**

Opération césarienne.

Version par manœuvres externes

Traitement de l'endométrite.

Couveuse et gavage

Version par manœuvres mixtes.

Année 1888. — **Des moyens de provoquer l'accouchement. Analgésie chloroformique pendant le travail.**

Conduite à tenir dans les rétrécissements du bassin.

De l'embryotomie rachidienne (analyse de la Thèse du Dr Potocki).

Des présentations de l'épaule et de leur traitement.

Méningite tuberculeuse et grossesse.

Diagnostic des présentations et des positions par le palper pendant la grossesse.

L'infection puerpérale.

Année 1890. — **Antisepsie obstétricale.**

Dystocie causée par le siège décomplété.

Grossesse extra-utérine.

Version bipolaire.

Année 1891. — **Des indications de l'application de forceps.**

Albuminurie et éclampsie puerpérales.

Version par manœuvres internes.

Règles générales de l'application de forceps.

Le ballon champetier de Ribes.

De l'application du forceps au détroit supérieur (Th. inaug. 1888)

Dans cette étude faite entièrement sous la direction du professeur Pinard, nous avons fait connaître la méthode qu'il préconisait depuis 1883 pour appliquer le forceps au détroit supérieur.

Cette méthode consiste à saisir la tête d'une manière régulière, c'est-à-dire à appliquer le forceps sur les parties pariétales de la tête comme on le fait dans l'excavation. Cette manière de faire a bien été indiquée autrefois par Smellie et Baudelocque. Mais ces auteurs paraissent avoir éprouvé de grandes difficultés dans l'application de ce principe et il n'est même pas démontré qu'ils aient mis en pratique les règles qu'ils ont posées.

En tout cas, cette méthode était complètement abandonnée ; on la déclarait même impossible à appliquer. M. Pinard a démontré que la prise régulière de la tête au niveau du détroit supérieur était supérieure à tout autre mode d'intervention.

A l'appui de cette manière de voir, nous avons successivement étudié :

1° L'*attitude de la tête fœtale* au niveau du détroit supérieur qui comprend non seulement le diagnostic de la position, mais encore du degré de flexion de la tête, de son inclinaison, de son degré d'engagement et enfin des rapports du volume de la tête fœtale avec les dimensions du détroit supérieur. « Il nous semble disions-nous, qu'on accorde une trop grande importance à la mensuration exacte des diamètres du bassin ; la pelvimétrie instrumentale commence heureusement à être délaissée. Sans doute il est intéressant d'apprécier à peu près exactement le diamètre promonto-sous-pubien et d'en déduire le diamètre promonto-pubien minimum, afin d'évaluer quelles sont les chances que

l'on a d'extraire un fœtus vivant. Mais n'y a-t-il pas également à tenir compte un peu plus du volume de la tête fœtale ? Rien ne servirait à un ingénieur de chemin de fer de savoir la hauteur d'un pont s'il ne connaissait en même temps l'élévation du wagon qui doit s'engager sous ce pont. C'est donc avec raison que M. Pinard insiste depuis quelques années sur la nécessité d'examiner à l'avance si la tête déborde peu ou pas la symphyse pubienne; faisant coucher la femme sur le dos, il applique, dans l'intervalle d'une contraction, la tête fœtale contre le promontoire, en la repoussant aussi fortement que possible et en l'immobilisant en cette position, il recherche si la tête surplombe au-devant de la symphyse. »

2° Le manuel opératoire de l'application de forceps au détroit supérieur comprend plusieurs temps : 1° introduction de la main; 2° introduction et placement de la première branche; 3° introduction de l'autre main et placement de la seconde branche; 4° articulation ; 5° extraction.

1er *temps*. — *Introduction de la main*. — L'accoucheur doit introduire la main, *toute la main*, une partie même de l'avant-bras, si la chose est nécessaire, pour aller à la recherche de l'oreille postérieure, se rendre compte des particularités du bassin, de la situation exacte de la tête fœtale, du degré d'engagement de la tête, du degré de flexion, de la variété d'inclinaison, si inclinaison il y a. A l'aide de cette main, il faut chercher à abaisser l'occiput et à repousser le front en haut. Si la tête est déjà très amorcée, la manœuvre n'est pas facile ; mais on arrive toujours à améliorer un peu la situation de la tête au point de vue de son degré de flexion et de son inclinaison. Si l'inclinaison a lieu sur le pariétal antérieur, l'action de la main est très précieuse : grâce à elle, on peut abaisser dans une certaine mesure l'oreille postérieure, ce qui facilite singulièrement l'application des cuillers et l'articulation des branches. La main introduite la première sera, bien entendu, la main droite, s'il s'agit d'une position gauche, la main gauche pour une position droite.

2e *temps*. — *Introduction et placement de la première branche*. — La main, ainsi introduite, a la face palmaire appliquée sur

l'oreille postérieure ; la face dorsale est en contact avec la face interne de l'utérus. L'autre main saisit le manche de l'une des branches (celle de même nom), puis introduit peu à peu la cuiller suivant les règles habituelles, c'est-à-dire qu'on introduit cette branche doucement, comme un cathéter, en rasant la face antérieure de l'avant-bras et la face palmaire de la main qui sert de guide et sur laquelle la cuiller chemine constamment à plat; puis on enfonce doucement le cathéter — non — la cuiller jusqu'à ce qu'elle touche à l'oreille, coupant son extrémité supérieure et venant par son extrémité au niveau de l'apophyse malaire. On donne au manche une direction variable suivant le degré de flexion : si la tête est peu fléchie, on incline le manche du côté où se trouve l'occiput, de manière à ce que : 1° l'axe de la cuiller se rapproche le plus possible de l'axe occipito-mentonnier ; 2° à ce que les tractions aient pour résultat d'abaisser l'occiput.

Il importe en effet de se rendre bien compte, d'après les dispositions des fontanelles, du degré de flexion de la tête.

Quant à la direction à donner au manche, elle doit toujours être telle que les tractions ne puissent produire ou augmenter la déflexion.

La première branche est placée, elle est placée aussi bien que possible : la main — guide — est alors retirée doucement, tandis que l'autre main fixe la branche, l'empêche de dévier. Cette branche ne doit plus bouger ; c'est elle qui servira de point de repère pour placer symétriquement l'autre branche, l'antérieure. On la confie à un aide qui la saisit solidement par le manche et avertit l'opérateur s'il survient le moindre déplacement.

3° *temps. — Introduction de l'autre main et placement de la seconde branche.* — L'accoucheur introduit doucement l'autre main, — la main gauche, s'il s'agit d'une O. I. G. T. — et sur cette main comme guide glisse la seconde branche, la branche droite. L'extrémité de la cuiller doit être poussée aussi en arrière que possible, jusqu'à venir *toucher la paroi* postérieure du bassin. C'est alors seulement qu'on commence à abaisser un peu le manche de cette branche, en même temps qu'avec les doigts de la main enfouie dans les parties génitales, on presse sur le bord convexe

de la cuiller que l'on ramène ainsi peu à peu en avant, jusqu'à ce qu'elle ait atteint ou à peu près la ligne médiane. Généralement la branche antérieure est alors enfouie dans l'utérus; elle est introduite parfois de 8 à 10 centimètres de plus que la postérieure. Ce qui tient en partie à la différence de niveau des deux oreilles. Si l'on tire alors en bas cette seconde branche en l'arc-boutant légèrement contre la symphyse, on détruit alors l'obliquité de la tête, ou mieux son inclinaison. Le forceps vient d'agir, ou plutôt l'une des branches, l'antérieure, vient d'agir comme un levier.

Ce mouvement de spire est très important : de sa bonne exécution dépend souvent tout le succès de l'opération. Il ne ressemble guère au mouvement qu'indique Levret lorsqu'il enfonce la cuiller en arrière, puis la ramène en avant ; c'est alors le bord seul de l'instrument qui chemine. Ce mouvement se rapproche davantage du mouvement de spire de Mme Lachapelle, dont il diffère cependant en ce qu'il se passe au-dessus du bassin, tandis que l'autre a lieu dans l'excavation et qu'il est beaucoup plus limité.

4e *temps*. — *Articulation*. — Il est alors facile d'articuler les deux branches du forceps ; on serre suffisamment la vis de pression, on libère les tiges de traction sur lesquelles on applique le tracteur. Ce dernier temps présente parfois une certaine difficulté qui tient à ce que chez certaines femmes les branches de traction sont enfouies dans le vagin et que leur extrémité est située souvent au ras de la vulve. Il suffit d'un peu d'habitude du forceps Tarnier pour n'attacher aucune importance à ce petit obstacle.

5e *temps*. — *Extraction*. — Avant de commencer les tractions, on s'assure par le toucher que la tête est seule saisie, qu'elle est bien saisie et l'on tire. Il suffit alors de se laisser guider par les branches du forceps : c'est le bassin qui oriente l'instrument. On voit alors les manches du forceps s'incliner peu à peu en arrière jusqu'à ce que la bosse pariétale antérieure ait franchi le détroit supérieur.

Il importe, pendant les tractions, de surveiller la vis de pression : il arrive, en effet, que la tête, descendant peu à peu, se trouve serrée plus fortement par la ceinture osseuse que par le forceps lui-même, ou du moins celui-ci ne diminue autant le volume de la

tête que parce qu'il est serré lui-même par le bassin. La vis de pression n'est plus alors assez serrée ; il faut serrer à nouveau ; sans cette précaution l'instrument dérape. On l'accuse à tort de cet accident. L'opérateur seul est coupable.

Les tractions ne doivent autant que possible être exercées que d'une main ; il faut de temps en temps toucher avec les doigts de l'autre main pour s'assurer des progrès que fait la tête ; c'est surtout lorsque le forceps sort peu à peu des parties génitales qu'il importe de s'assurer que la tête suit la progression du forceps et qu'il n'y a pas de menace de dérapement.

Lorsque le fœtus est extrait, on peut se rendre compte des positions diverses qu'ont occupées les cuillers par rapport à la tête fœtale, en examinant les empreintes. On voit alors que les empreintes de la première application sont marquées sur les deux oreilles, l'extrémité des cuillers appuyant sur leur partie inférieure, tandis que dans la seconde application, les empreintes de l'extrémité des cuillers portent sur les joues. Il faut également remarquer que, dans certains cas, les empreintes montrent bien que, par suite de la mobilité de la tête entre les cuillers, la flexion s'est opérée : on observe alors deux empreintes différentes qui correspondent aux deux positions différentes occupées par la tête entre les cuillers.

Une autre remarque, c'est que dans toutes les applications de forceps, c'est la branche antérieure qui laisse sur la joue la trace la plus manifeste.

3° Cette étude se termine par un parallèle entre l'application de forceps régulière et les autres modes d'application : elle est d'exécution un peu plus difficile, mais permet de réaliser trois conditions nécessaires pour une bonne application : 1° prise régulière de la tête ; 2° traction dans l'axe du canal que la tête doit parcourir ; 3° mobilité de la tête pendant son parcours.

Traité pratique d'antisepsie obstétricale

Ce traité fait partie d'un ouvrage publié en collaboration

avec les Drs P. Le Gendre et Barette et qui porte le titre de « Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Chez G. Steinheil, Paris, 1888.

La partie obstétricale a été entièrement rédigée par nous ; voici comment elle est divisée :

Chapitre I. — *De l'antisepsie obstétricale en général.* — Son importance n'est pas moindre que celle de l'antisepsie chirurgicale. Elle doit sauvegarder l'accouchée de tout accident septique.

Qu'est-ce que la septicémie puerpérale au point de vue pathogénique ? — État de nos connaissances actuelles en microbiologie sur la septicémie puerpérale. Pasteur. Doléris. Cornil et Babès. Arloing. Doyen. — Prédisposition de la femme enceinte à la septicémie.

L'antisepsie obstétricale doit : 1° empêcher la septicémie ; 2° la combattre lorsqu'elle existe. — Elle doit donc être : 1° prophylactique (directe ou indirecte) ; 2° curatrice. — Il faut que l'accouchement soit aseptique : c'est le premier et principal but à atteindre par l'antisepsie. — Il ne peut y avoir de bonne antisepsie obstétricale sans une hygiène sévère.

Chapitre II. — *L'accoucheur.* — Désinfection des personnes qui donnent des soins aux accouchées. — Désinfection des mains, des vêtements.

De l'usage des manchettes et des vêtements de toile. — Des précautions à prendre par les praticiens. — Un accoucheur peut-il faire des autopsies ?

La devise de l'accoucheur doit être : *Science, patience, propreté.*

Chapitre III. — *Les antiseptiques en obstétrique.* — Des principaux antiseptiques employés en obstétrique. — Du choix d'un bon antiseptique obstétrical dans une Maternité et en clientèle. — Alcool. — Sulfate de cuivre. — Acide borique. — Iodoforme. —

Nitrate d'argent. – Acide phénique. — Bichlorure de mercure. — Biiodure de mercure. — Naphtol.

Chapitre IV. — *Antisepsie de l'arsenal obstétrical.* — De la désinfection des instruments en général. — Leur nettoyage. — Des injecteurs : qualités requises pour un injecteur. — Canules vaginales. — Sondes intra-utérines. — Bassin. — Bout de sein. Tire-lait. — Objets de pansement.

Chapitre V. — *Des injections.* — Des injections vaginales. Manuel opératoire et indications. — Des injections intra-utérines. Manuel opératoire. — Leurs dangers. — De l'irrigation intra-utérine prolongée et continue.

Chapitre VI. — *De l'antisepsie dans l'avortement.* — Les précautions à prendre pour l'avortement sont aussi importantes et nécessaires que pour l'accouchement. — Antisepsie de l'avortement sans complications. — Traitement antiseptique des complications de l'avortement : hémorrhagies, rétention du placenta, septicémie. — Curage et écouvillonnage de l'utérus. — Expectation antiseptique.

Chapitre VII. — *De l'antisepsie pendant la grossesse.* — Nécessité de l'examen des femmes enceintes. — Bains. — Injections vaginales pendant la grossesse. — Traitement antiseptique des écoulements vaginaux et des végétations pendant la grossesse. Propreté des seins. — Du cathétérisme pendant la grossesse. — Précautions antiseptiques générales.

Chapitre VIII. — *De l'antisepsie pendant le travail.* — Examen de la femme. — Garniture du lit. — Toilette de la femme. Précautions à prendre pour le toucher vaginal.

Des injections vaginales pendant le travail. — Les réservoirs (rectum, vessie) doivent être vides. — Le spray est inutile. — Précautions à prendre au moment de l'expulsion du fœtus.

Chapitre IX. — *Antisepsie de la délivrance.* — La délivrance

doit être complète. — Précautions à prendre après l'accouchement : s'abstenir du toucher. — Des diverses méthodes de délivrance.

Traitement antiseptique des hémorrhagies liées à la délivrance. — La délivrance artificielle est une opération grave, pour laquelle une asepsie rigoureuse est indispensable. — Nécessité de l'injection intra-utérine après la délivrance artificielle.

Chapitre X. — *Traitement de certaines complications qui surviennent pendant l'accouchement.* — L'antisepsie des plaies du canal vulvo-vagino-utérin doit être rigoureuse. — Des hémorrhagies liées aux ruptures vasculaires. — Déchirures vulvaires. Thrombus de la vulve. — Traitement antiseptique des déchirures du périnée. — De l'emploi des serres-fines. — Suture immédiate. — Traitement des lésions du vagin.

Traitement antiseptique des déchirures et des ruptures de l'utérus, de l'inversion utérine.

Chapitre XI. — *De l'antisepsie opératoire.* — De l'importance du diagnostic avant toute opération. — Version par manœuvres internes. — Extraction du siége. — Forceps. — Basiotripsie. — Crâniotomie. — Embryotomie. — Opération césarienne. — Opération de Porro. — Grossesse extra-utérine. — Gastro-élythrotomie. — Rupture artificielle des membranes. — Accouchement prématuré artificiel.

Chapitre XII. — *De l'antisepsie pendant les suites de couches.* — Toilette de la femme après l'accouchement. — Son lit.

Les suites de couches doivent être apyrétiques : nécessité de prendre la température matin et soir. — De l'alimentation de la femme. — Qu'est-ce que la fièvre de lait ?

Toilettes vulvaires. — Injections vaginales. — Injections intra-utérines. — De la conduite à tenir pendant les suites de couches dans certains cas (rétention des membranes, cancer utérin, etc.).

Accidents fébriles non puerpéraux (fièvre intermittente, pyrexies). — De la rétention d'urine et du cathétérisme.

Des lymphangites du sein. — Stercorémie et lavement. — De l'involution utérine. — Du traitement antiseptique prolongé.

Chapitre XIII. — *Traitement antiseptique des septicémies puerpérales.* — Des principaux symptômes qui révèlent l'infection puerpérale : élévation de température, accélération du pouls, fétidité des lochies, frissons, vomissements, douleur abdominale, etc.

De la nécessité d'intervenir le plus rapidement possible aprés l'apparition des accidents.

Du traitement antiseptique de la septicémie puerpérale. — Traitement général : alcool, toniques, diurétiques (lait. café). — Traitement antithermique : soit par les médicaments (sels de quinine, antipyrine, etc.); soit par les bains froids; soit par l'application de glace sur le ventre. — Traitement local (cataplasme, sangsues, onctions mercurielles, etc.).

De la médication désinfectante locale : des injections vaginales ; de l'irrigation vaginale continue; des injections intra-utérines répétées; du drainage utérin; de l'irrigation utérine continue.

Traitement antiseptique des complications tardives. Mesures générales de désinfection.

Chapitre XIV. — *L'antisepsie du nouveau-né.* — Toilette du nouveau-né. — Pansement du cordon ombilical. — Pansement des plaies (contuses ou non) produites pendant l'accouchement. — Pansement du céphalœmatome. — Traitement prophylactique et antiseptique de l'érysipèle du nouveau-né. — Traitement prophylactique et curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Antisepsie de la vaccination.

Chapitre XV. — *Antisepsie et hygiène de l'allaitement.* — De l'allaitement naturel par *la mère* ou par une *nourrice.* — Une femme ne peut nourrir que si l'allaitement n'offre de danger ni pour elle ni pour l'enfant. — Précautions à prendre pour empêcher l'infection syphilitique. — Des soins de propreté à observer au moment de chaque tétée. — Traitement antiseptique des ulcérations, des lymphangites du sein. — Traitement prophylactique et antiseptique des abcés du sein. — De l'allaitement artificiel. — Le moins mauvais biberon ne vaut pas le sein. — De la manière de nettoyer le biberon. — L'allaitement au verre, à la cuiller est préférable au biberon.

CHAPITRE XVI. — *L'antisepsie et l'hygiène dans les maternités.* — Dans une Maternité *construite, dirigée, entretenue* suivant toutes les règles de l'hygiène et de l'antisepsie, la sécurité est complète pour les accouchées.

Une Maternité doit être en dehors de l'hôpital ou tout au moins isolée dans l'hôpital. — Des progrès à réaliser au point de vue de l'hygiène et de l'antisepsie dans la plupart des Maternités françaises. — Projet de Maternité modèle. — Soins antiseptiques et hygiène dans les principales Maternités de Paris.

De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios. (*Annales de gynécologie*, 1888.)

Ce travail a pour base une observation recueillie en 1886, dans le service de M. Pinard : il s'agit d'une femme chez laquelle l'abdomen était tellement distendu qu'il était impossible de savoir s'il s'agissait seulement d'une hydramnios ou d'une tumeur abdominale, ou d'une ascite venant compliquer une grossesse. L'examen direct de l'œuf par le toucher intra-utérin montra qu'il n'y avait point excès de tension de l'œuf ; il était donc contre-indiqué de pratiquer une ponction des membranes.

Pour éclairer le diagnostic et surtout pour remédier aux accidents graves de suffocation qui menaçaient la vie de la femme, M. Pinard pratiqua une ponction au niveau de l'abdomen : il reconnut rapidement qu'il avait ainsi ponctionné l'utérus et qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios de l'un des deux œufs. Il retira 21 litres de liquide amniotique. La femme fut soulagée et accoucha quelques jours après de deux jumeaux. On retrouva sur les membranes du second œuf l'orifice arrondi produit par la pénétration du trocart.

Après avoir rappelé plusieurs observations de ponction de l'utérus gravide, nous concluons :

1° Dans certains cas de grossesse avec hydropisie de l'amnios considérable, la distension de l'abdomen peut être telle qu'il est très difficile, voire même impossible, de faire le diagnostic de la grossesse par les moyens habituels (palper, auscultation, toucher).

Le toucher intra-utérin est indiqué, mais s'il permet de faire le diagnostic de grossesse, il peut, comme dans notre cas, être insuffisant pour renseigner sur la cause de la surdistension abdominale.

2° La ponction aspiratrice, faite par la voie abdominale avec toutes les précautions nécessaires, est doublement indiquée : elle facilite et éclaire le diagnostic ; elle pare aux accidents (dyspnée, douleurs, etc.) que présente la femme.

3° Cette ponction ne fait courir aucun danger à la mère. Elle expose, jusqu'à un certain point, à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Ces accidents sont ici d'importance très secondaire ; il est rare en effet que dans ces cas d'hydramnios aussi considérable, la grossesse aille jusqu'à terme et que le fœtus ne présente pas quelque malformation incompatible avec l'existence.

Traduction d'une partie (*Maladies des organes génito-urinaires*) du Traité de pathologie interne et de thérapeutique du Dr HERMANN EICHHORST (chez G. Steinheil, 1889).

Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque (*Clinique de la Faculté dirigée par le* professeur A. PINARD). Paris, G. Steinheil, 1891.

Ce travail comprend deux parties distinctes : la première partie est une exposition du fonctionnement de la clinique Baudelocque, de son installation, de l'enseignement théorique et pratique qui y est donné aux étudiants en médecine, etc.

La seconde partie est la statistique détaillée des faits qui y ont été observés de juillet 1889 au 1er janvier 1891. Cette statistique porte non seulement sur les différentes opérations obstétricales (forceps, versions, accouchements provoqués, délivrances artificielles, etc.), mais comprend les accouchements simples. Pendant l'année 1890 la mortalité totale des femmes a été de 0,72 0/0, la mortalité par infection puerpérale de 0,32 0/0.

Une statistique non moins complète qui porte sur les 1,600 accouchements de 1891, va paraître prochainement.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE